

Notulen landelijke bijeenkomst leefstijlorgloketten (LZL) – 1 maart 2024

Dit webinar werd georganiseerd namens het Erasmus MC, Coalitie Leefstijl in de Zorg, Amsterdam UMC en UMC Groningen.

Het programma:

- Opening en introductie - Liesbeth van Rossum
- Coalitie leefstijl in de zorg – Iris de Vries
- Introductie Leefstijlorgloketten – Liesbeth van Rossum

Ruimte voor vragen (gesteld via chat)

- Terugkoppeling landelijke uitvraag stand van zaken Leefstijlorgloketten - Florian Ham
- Leefstijlorgloketten in de praktijk – Judith Jelsma

Ruimte voor vragen

Doel van bijeenkomst

Bij het Erasmus MC kwamen veel verzoeken binnen om ervaringen te delen over o.a. het opzetten en opschalen van een Leefstijlorgloket (LZL). Deze sessie diende, net als het webinar van vorig jaar, ter inspiratie en voorlichting en voor het uitwisselen van ervaringen over de inrichting van een leefstijlorgloket (LZL) in Nederland. De gepresenteerde werkwijzen zijn *geen holy-grail*, maar kunnen wellicht andere kartrekkers van andere ziekenhuizen helpen een LZL op te zetten.

Nuttige websites:

- www.checkoorzakenovergewicht.nl (binnenkort ook beschikbaar als checkleefstijl.nl)
- www.behandelovergewicht.nl (bevat oa doorverwijslinks naar sociaal en paramedisch domein)
- Gezond leven | Thuisarts.nl
- <https://www.partnerschapovergewicht.nl/stappenplan/>
- GALA -Gezond en Actief Leven Akkoord | Rapport | Rijksoverheid.nl
- <https://leefstijlcoalitie.nl/nieuws/nieuw-handreiking-leefstijlorgloket-vanuit-het-ziekenhuis/>

Coalitie leefstijl in de Zorg

Iris de Vries (voorzitter vereniging Arts & Leefstijl, huisarts)

De Coalitie Leefstijl in de Zorg is nu een jaar actief en is opgericht om leefstijlgeneeskunde in Nederland te versnellen. Rondom leefstijl *in de zorg*, richt de coalitie zich op *implementatie* en *doen*.

IZA afspraak: in 2025 is leefstijl integraal onderdeel van curatieve zorg, naast medicatie en medische ingrepen en technologie.

De coalitie is een opdracht van VWS en heeft een tijdelijk karakter (nu nog twee jaar).

Een van de teams is het team Praktijkimplementatie en Kwaliteit (PIEK). Twee bewegingen zijn belangrijk:

- Ontzorgen (van de zorgprofessional): in de praktijk, in de regio
- Daarnaast begrijpelijkheid voor de patiënt t.b.v. eigenaarschap en regie
- Toegankelijkheid



Het leefstijlzorgloket (LZL) lijkt

een mooie manier om dit met elkaar te doen, het is onderdeel van passende zorg, werkt de-medicaliserend en legt de verbinding met wijk en leefomgeving van de patiënt. Een leefstijlzorgloket kan dus een belangrijke bijdrage leveren.

Handreiking Leefstijl(zorg)loket: stappenplan voor de organisatie

Handreiking Leefstijl(zorg)loketten



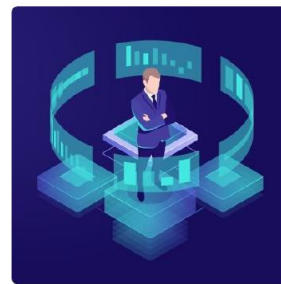
Starters Helpen

Starters op weg helpen met de belangrijkste vraagstukken in de implementatie van leefstijl(zorg)loketten.



Koplopers Ontlasten

Koplopers ontlasten in de taak om starters op weg te helpen en verder inspireren voor doorontwikkeling.



Financieringsproces Ondersteunen

Het proces dienen om te komen tot helderheid over financiering van het concept leefstijl(zorg)loketten.

Vanuit de coalitie worden er **implementatievouchers** ter beschikking gesteld. Deze zijn bedoeld om te versnellen en om tot wat meer impact te komen op bepaalde onderwerpen. Bij interesse, houd de [nieuwsbrief](#) en de [website](#) van de coalitie in de gaten!

De Coalitie in de Zorg heeft hier een handreiking voor ontwikkeld. Deze handreiking biedt een gedetailleerd stappenplan voor organisaties bij het opzetten van een loket, een belangrijke stap om de ontwikkeling van leefstijl(zorg)loketten te versnellen en te versterken. De handreiking helpt projectleiders in ziekenhuizen op weg en beantwoordt vragen als “Hoe pas ik het beleidsmatig aan?”, “Hoe krijg ik verwijzingen op gang?”, “Hoe organiseer ik passende doorverwijzing en goede begeleiding?”, en “Hoe zorg ik voor financiering?”. Gedragen door input van experts uit de zorgpraktijk en financiering, is het doel van deze handreiking om projectleiders op weg te helpen bij het starten van een loket en zo de ontwikkeling van leefstijl(zorg)loketten te versterken.

Wil je starten of doorontwikkelen? Meer informatie of de handreiking downloaden. >>
<https://leefstijlcoalitie.nl/nieuws/nieuw-handreiking-leefstijlzorgloket-vanuit-het-ziekenhuis/>

Ontwikkeld door team Praktijkimplementatie van de Coalitie Leefstijl in de Zorg, onder regie van Vereniging Arts en Leefstijl en de Patiëntenfederatie is deze handreiking tot stand gekomen vanuit zowel het patiëntenperspectief als van zorgprofessionals met input van diverse experts uit de zorgpraktijk en financiering.



Hoe organiseer ik een leefstijl(zorg)loket voor patiënten in of vanuit het ziekenhuis?

Deze handreiking biedt projectleiders een stappenplan voor de organisatie van leefstijl(zorg)loketten.

 Coalitie Leefstijl in de Zorg

Introductie Leefstijlzorgloketten

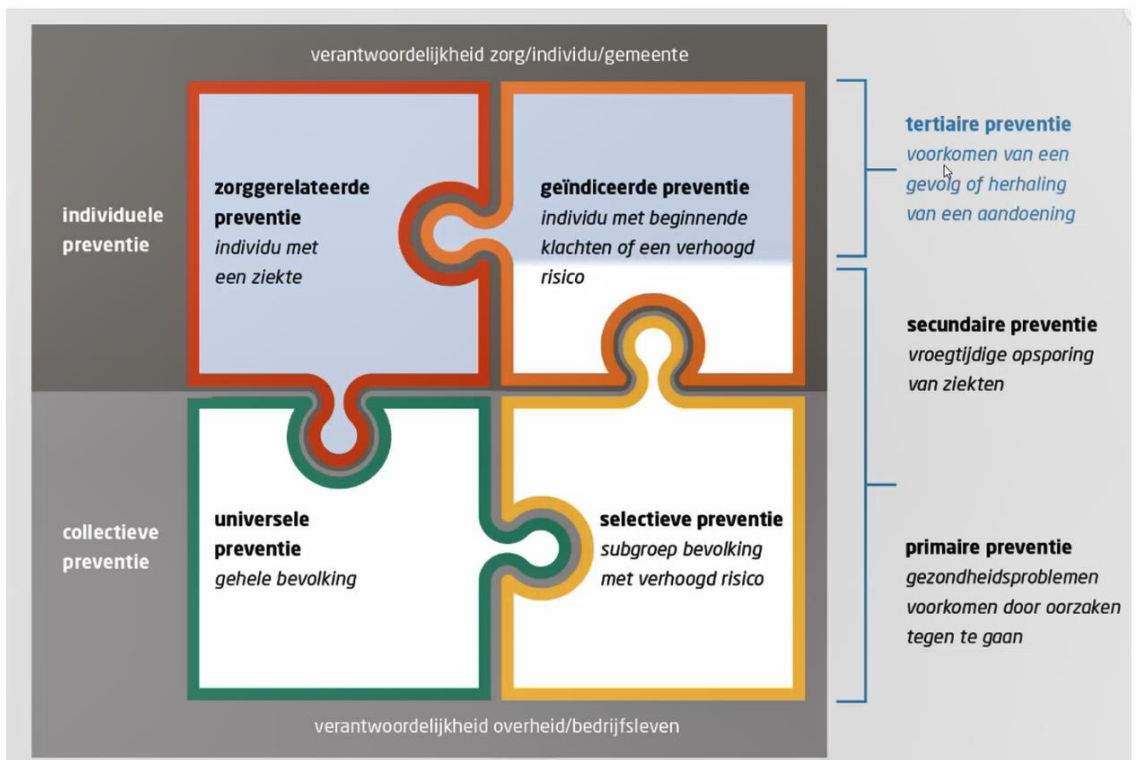
Prof Dr Liesbeth van Rossum (internist-endocrinoloog, Erasmus MC, bestuursvoorzitter PON, hoogleraar obesitas en stresshormonen, clinical lead theme obesity & diabetes European Society of Endocrinology)

Onze voedsel- en bewegingomgeving lokt uit tot ongezond eten en leven. Tegelijkertijd kampt al meer dan 50% van de bevolking met overgewicht en leefstijlgerelateerde ziekten.

Er liggen dus belangrijke taken binnen de maatschappij:

- **Universele preventie:** ervoor zorgen dat er niet nog meer mensen ziek worden, voorkomen. Dit is een taak voor de overheid, gericht op de gehele bevolking ongeacht of je wel of niet al ziek bent.
- **Individuele en zorggerelateerde preventie:** taak voor zorgprofessionals.

De Preventiepuzzel



EFC van Rossum,
Ned Tijdschr v Geneeskunde
Dec 2022

Figuur: De Preventiepuzzel : Schematische weergave van (a) de verschillende vormen van collectieve en individuele preventie (terminologie van de beleidsmakers); (b) hoe die zich verhouden tot de primaire, secundaire en tertiaire vormen van preventie (terminologie van artsen); en (c) wie daarvoor verantwoordelijk is (bron: EFC van Rossum, Ned Tijdschrift voor Geneeskunde, Dec 2022) . Bron: [Gezond leven | NTvG](#)

Voor vandaag bakenen we af op **zorggerelateerde preventie**, omdat het leefstijlzorgloket zich hierop richt.

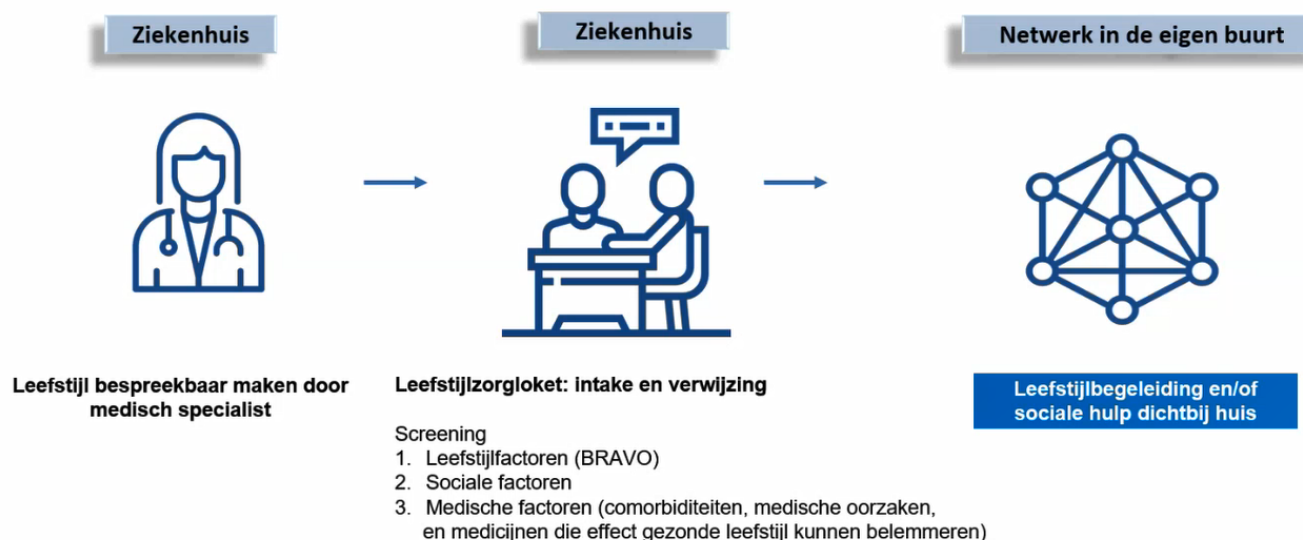
Ondanks dat in zo'n 45% van de medische richtlijnen leefstijl genoemd staat, wordt hier weinig mee gedaan en vormt leefstijl momenteel geen standaard onderdeel van medische behandelingen. (Bij nadere analyse van de veelvoorkomende (chronische) ziektebeelden (kanker, obesitas, diabetes mellitus, depressie, hart- en vaatziekten, longziekten, huidziekten, reuma en dementie) betreft het zelfs 65% van de richtlijnen, waarin aanbevelingen over leefstijl wordt gedaan.) Kennis, vaardigheden, tijd en de essentiële netwerken om makkelijk heen toe te leiden zijn momenteel niet voorhanden.

Een leefstijlzorgloket lost deze 4 componenten op en zorgt er tegelijkertijd voor dat het witte jas effect behouden kan blijven: als arts het belang van leefstijl benadrukken (in relatie tot ziekte) en leefstijl bespreekbaar maken.

Michiel Baert (Treant): Naast de kracht van de witte jas voor een kort Very Brief Advice in de spreekkamer is een patiënt ontvankelijk om met leefstijl aan de slag te gaan bij bijvoorbeeld een nieuwe diagnose (zgn teachable moments). Bron: doelgroepen onderzoek patiënt en leefstijl

Leefstijlzorgloket

brug tussen ziekenhuis en 1e/0e lijn (netwerkaanpak)



Concept Leefstijlzorgloket (LZL)

1. **De medisch specialist bespreekt het belang van leefstijl** in relatie tot de ziekte(n) waarvoor patiënt(e) chronisch in het ziekenhuis onder behandeling is. Indien patiënt ervoor open staat wordt deze verwezen naar het LZL in het ziekenhuis.
2. **In het LZL bespreekt een leefstijlzorgcoördinator alle relevante leefstijlfactoren, (psycho)sociale factoren** als ook de medische factoren die een leefstijlbehandeling in de weg kunnen staan (bv bepaalde medicatie) met patiënt. Tip: laat hiervoor vooraf aan het bezoek de patiënt www.checkoorzakenovergewicht.nl invullen waarin al deze factoren volgens de actuele richtlijnen worden gescreend. De medische factoren die aan het licht komen, worden aangekaart bij de behandelend specialist en samen met deze geoptimaliseerd (bv medicatie afbouw op het moment van start leefstijlinterventie). Ook wordt door de leefstijlcoördinator samen met patiënt bekeken welke (psycho)sociale en leefstijlbegeleiding nodig is en patiënt graag wil.
3. **Patiënt wordt toegeleid naar (psycho)sociale hulp en/of leefstijlbegeleiding zo dicht mogelijk bij huis** (dus buiten het ziekenhuis). Na enkele weken wordt weer contact opgenomen vanuit het LZL om na te gaan of de patiënt bij de juiste begeleiding terecht is gekomen. Zo niet, kan opnieuw hulp geboden worden. Enige tijd na verwijzing zal de specialist in de reguliere zorg de chronische patiënt vervolgen en op indicatie kan ook vanuit het LZL nog monitoring/ nieuwe toeleiding plaatsvinden.

Hiervoor dienen regionale verwijsnetwerken in kaart gebracht te worden. Het leefstijlzorgloket borgt professioneel medisch advies, gerelateerd aan de ziekte of aandoening van de patiënt, in de verwijzing. Patiënten worden nadrukkelijk niet voor leefstijl naar het ziekenhuis getrokken. Patiënten die al in het ziekenhuis komen, worden juist voor het leefstijlgerelateerde stukje van de behandeling naar buiten het ziekenhuis verwezen.

De netwerkaanpak vanuit het PON is voor de leefstijlzorgloketten zeer relevant. Ook ziekenhuizen missen de verbinding met het sociaal en paramedisch domein. Daar wordt ook nu een zorgcoördinator tussen gezet.

Landelijke Netwerkaanpak

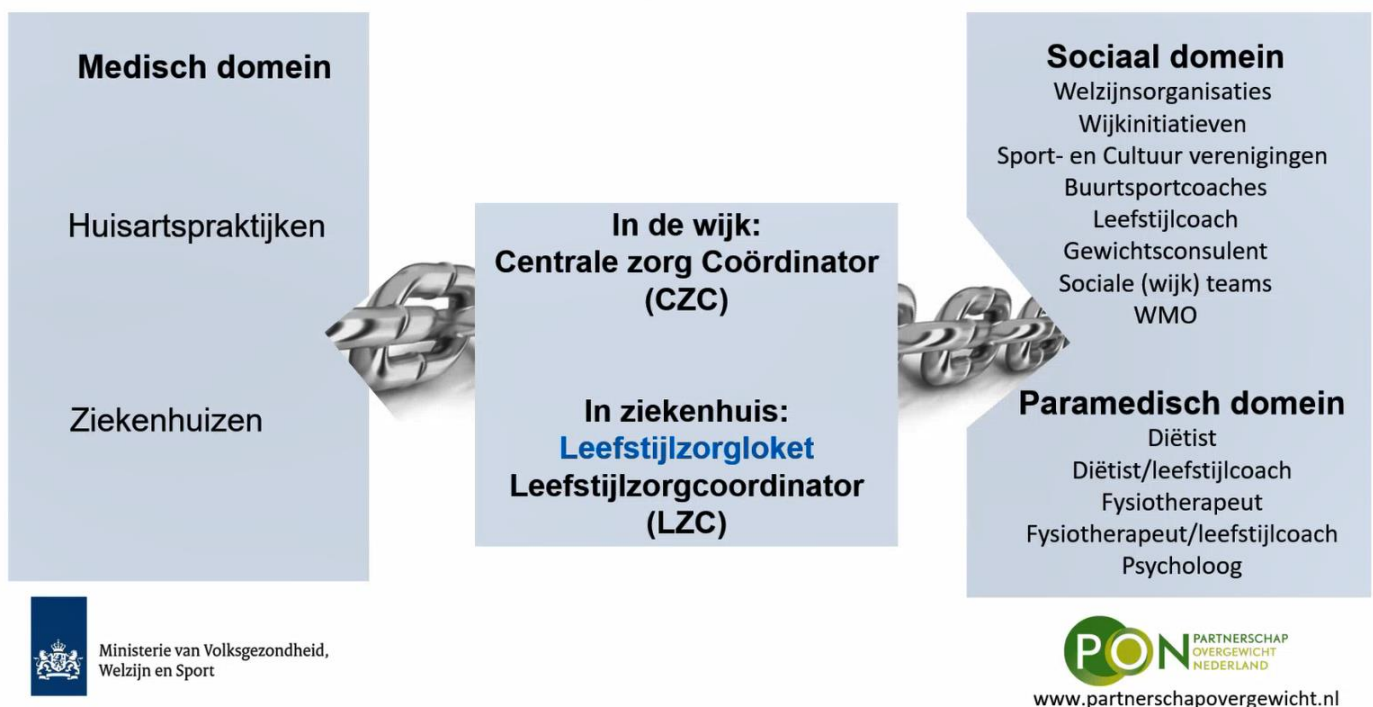
Het initiatief van leefstijlorgoketten maakt deel uit van de bredere maatschappelijke ontwikkeling, waarbij er een netwerkaanpak voor overgewicht momenteel ontwikkeld wordt in het kader van het Nationaal Preventie Akkoord (gestart in 2018) van het Ministerie van VWS. Het thema overgewicht/obesitas, waarbij leefstijl ook een hoofdrol speelt, wordt landelijk ondergebracht bij koepelorganisatie Partnerschap Overgewicht Nederland (PON). Het PON bestaat uit 23 medische en paramedische beroepsverenigingen en andere organisaties die betrokken zijn bij o.a. overgewicht: zowel preventie als obesitaszorg, en opstellen van richtlijnen ([Partners | Partnerschap Overgewicht Nederland](#)).

In de netwerkaanpak overgewicht wordt door het PON, samen met tal van samenwerkende organisaties gewerkt aan het verbinden van medisch, paramedisch en sociaal domein in de nulde en eerste lijnszorg. Momenteel is dit in 7 gemeenten actief in ontwikkeling en zal landelijk steeds verder worden uitgerold. In de toekomst kan vanuit de ziekenhuizen ook steeds meer gebruik gemaakt worden van dit (para)medische en sociale netwerk om de patiënten heen te leiden.

Ook al was de oorspronkelijke naam vanuit de opdracht van het Ministerie van VWS “Netwerkaanpak Overgewicht”, deze netwerkaanpak kan nu ingezet worden voor vrijwel alle leefstijl gerelateerde ziekten waar verbinding medisch en sociaal domein gewenst is.

Belangrijk om te weten is dat het netwerk van waaruit vanuit de ziekenhuizen (LZLs) naar het paramedische en sociale domein wordt verwezen, hetzelfde lokale /regionale netwerk is met verwijzadressen voor hulp dichtbij huis als in deze landelijk netwerkaanpak. De uitdaging is nog om het verder in kaart te brengen en te komen tot uniforme verwijz- en communicatie platformen. Tot die tijd zijn handige doorverwijslinks naar sociale en leefstijl hulp al te vinden via de onafhankelijke website (door VWS gefinancierd): www.behandelovergewicht.nl. Deze is systeem onafhankelijk want is web-based. Nieuwe verwijstips die erop kunnen, kunt u doorgeven via info@partnerschapovergewicht.nl

Netwerkaanpak overgewicht /leefstijl volwassenen



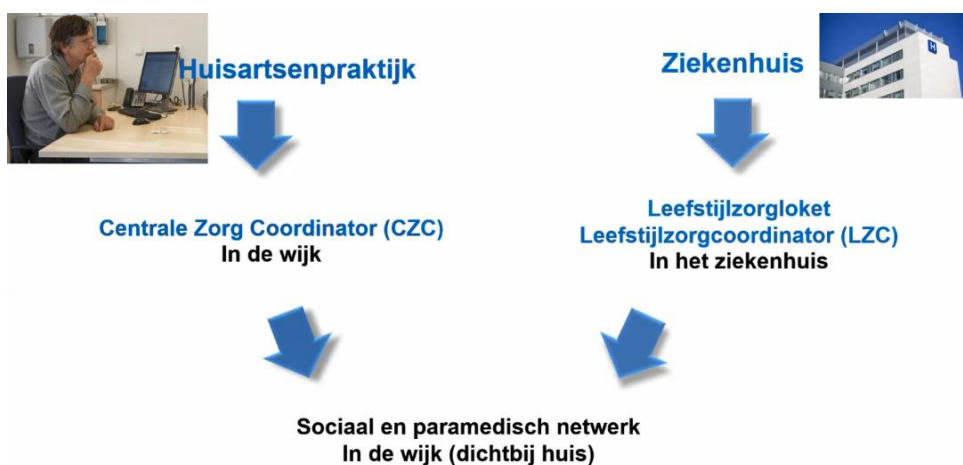
Terminologie

In de wijk

In het ziekenhuis (leefstijlzorgloket)

→ Centrale zorg Coördinator (CZC)

→ Leefstijlzorgcoördinator (LZC)



Beide verwijzen naar hetzelfde netwerk in de regio en hier kan samen in opgetrokken worden → de netwerkaanpak ondanks de naam 'netwerkaanpak overgewicht', wordt er breder gekeken dan alleen overgewicht en behelst alle paramedische/leefstijlhulp en sociale domeinen (ook psychologische zorg, hulp bij verslavingen, schuldhulpverlening, etc.).

De naam leefstijlzorgloket (LZL) is neergezet i.s.m. met VWS, ZIN en de zorgverzekeraars. Zie hier de toelichting op de drie componenten van deze term leefstijl-zorg-loket:

- **Leefstijl:** screening op factoren op deze gebieden: "leefstijl – sociaal – medisch"
- **Zorg:** In het ziekenhuis, medisch specialistische zorg
- **Loket:** doorverwijsfunctie / tijdelijk

In IZA en nationaal preventieakkoord wordt dan ook gericht aan deze terminologie vastgehouden.

LOGO – herkenbaarheid en uniformering

Toelichting vanuit **Mariëtte Boon** (*arts gespecialiseerd in obesitas en universitair docent Erasmus MC*)

Zoals landelijk met de kartrekkers van de leefstijlzorgloketten afgesproken, hebben we een logo laten ontwikkelen voor leefstijlzorgloketten. Dit logo mag vrijblijvend gebruikt worden door leefstijlzorgloket concepten in een ziekenhuis en draagt bij aan herkenbaarheid en uniformiteit.



Het logo bestaat uit 4 blaadjes, met als achtergrond: *natuurlijk & balans, niet een focus, toegankelijkheid en positiviteit*. De hartslag staat voor de verbinding met de professionele medisch zorg. De groene kleur past bij duurzaamheid.

Indien uw LZL gelocaliseerd is in een ziekenhuis en het concept voldoet aan screening op leefstijl, (psycho)sociale en medische factoren in een "loket" en toeleiding biedt naar (zoveel mogelijk) de eigen buurt voor hulp en begeleiding kunt u dit logo gebruiken. Wilt u het logo in volledige kwaliteit ontvangen, stuur dan een mail naar leefstijlzorgloket@erasmusmc.nl.

Verwijzingen

In de ideale wereld zou je met een postcode en hulpvraag via een **landelijk dekkende sociale / paramedische verwijkskaart**, ingebouwd in een **digitaal verwijksysteem**, eenvoudig een lijst met geschikte verwijsopties kunnen ophalen, het liefst systeemafhankelijk. Bv: paramedische zorg, leefstijlcoaches, buurtwandelcoaches/gewichtsconsulenten, welzijnsorganisatie, wijkinitiatieven, sport- en cultuurverenigingen, sociale (wijk) teams, etc.

Landelijk zijn er al een aantal tools inzetbaar:

Sociale hulp

- Welzijn op Recept
- Geldfit.nl
- Innovatieve start ups voor schuldhulpverlening (app)
- WMO medewerker gemeente → contactpersoon in/buiten ziekenhuis
- Sportindebuurt.nl
- GLI voorprogramma “Voel je goed” (WMO)
- *www.behandelovergewicht.nl: links naar landelijke websites waar je op postcodes kan zoeken naar sociaal economische hulp (naast paramedische zorg, leefstijlinterventies en andere soort hulpverlening).*
- *Toevoeging uit chat: socialekaartgroningen.nl: actueel en volledig overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders (ZIN) op de domeinen Jeugd en WMO*

Verwijsplatformen (geen uitputtende lijst)

- VIPlive (80% van de huisartspraktijken, nu ook aantal ziekenhuizen)
- Knooppuntenkaart door PON in opdracht van ministerie van VWS
- Verwijs (onafhankelijk platform door Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen)
- Beter Verwijs (deel van Beter Gezond/RadboudUMC)
- Ancora Health
- 2Diabeat
- AI gebaseerd Platform SPC Rijnmond
- Digizorg
- Fitkompas
- Zorgdomein
- Sportaal
- *Toevoeging uit chat: In gemeente Lingewaard is met behulp van een Europese subsidie een platform ontwikkeld (Samen Kwiek) dat in juni breder uitgerold kan worden. Hierop is al het lokale aanbod inzichtelijk, maar ook een koppeling met OZO verbindzorg en de mogelijkheid om rapportages voor welzijn te maken. Op die manier faciliteert het de domeinoverstijgende samenwerking en de ketenzorg. Het doel is om het platform beschikbaar te stellen voor alle gemeenten.*
- *Toevoeging uit chat: DigiH.nl: zorgzoeker zorgverwijzer voor alle eerstelijns zorgverleners.*
- *Toevoeging na vergadering: de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) werkt momenteel aan een onafhankelijk doorverwijsplatform tussen ziekenhuizen en eerste lijn, zonder verdienmodel.*

Variatie in:

- Aandeel paramedisch domein
- Aandeel sociaal domein
- Communicatiemogelijkheden

Nodig:

- doorontwikkelen
- krachten bundelen-> landelijk dekkende verwijkskaart
- keuzes maken?

Tip: www.behandelovergewicht.nl → op dit moment wordt op deze webpagina (waar ook de samenvatting van de multidisciplinaire richtlijn overgewicht en obesitas 2023 staat) alle informatie over landelijke en regionale /lokale verwijsmogelijkheden toegankelijk gemaakt. Dit betreft zowel tal van leefstijlinterventies (voeding, beweging, gecombineerd), als sociale hulp (zoals schuldhulpverlening of verslavingen). Zodra er landelijk overeenstemming is welk(e) verwijplatform(en) op grote schaal in gebruik genomen gaan worden, dan kan deze informatie overgedragen worden.

U kunt uw tips voor landelijke of lokale verwijsmogelijkheden doorgeven via info@partnerschapovergewicht.nl

Doorontwikkeling en bundeling van krachten is wenselijk om richting uniformiteit te werken. Meest voorkomende verwijindicaties voor het leefstijlzorgloket zijn 1. overgewicht en verder 2 ongezond eetpatroon, 3. te weinig bewegen en 4. verslavingen. Patiënten dienen breed gescreend te worden. Momenteel heeft meer dan de helft van de volwassen Nederlanders overgewicht en 16% obesitas. Obesitas is een chronische ziekte en tevens poortziekte naar talloze andere ziekten. Het is daarom belangrijk om obesitas goed te behandelen. In lijn met de nieuwe richtlijn Overgewicht en Obesitas volwassenen dient eerst een diagnostische fase plaats te vinden waarbij gekeken wordt wat de oorzakelijke en/of in standhoudende factoren van overgewicht/obesitas bij een patiënt zijn (zie tabel uit Richtlijn) via www.behandelovergewicht.nl

Oorzakelijke, bijdragende en/of in standhoudende factoren van overgewicht/obesitas

Tabel 1

	1. Leefstijl	2. Sociaal economisch	3. Psychisch	4. Medicatie	5. Hormonaal	6. Hypothalaam	7. (Mono)genetisch / Syndroomaal
Voorbeelden	Veelvoorkomend	Veelvoorkomend	Veelvoorkomend	Veelvoorkomend	Veelvoorkomend	Zeldzaam	Zeldzaam
	<p>Ongezond eetpatroon</p> <p>Te weinig beweging</p> <p>Chronisch slaapttekort</p> <p>Obstructief slaap-apneusyndroom</p> <p>Nachtdiensten</p> <p>Timing van maaltijden</p> <p>Fors alcoholgebruik</p> <p>Stoppen met roken</p> <p>Culturele of sociaal-economische factoren</p>	<p>Financiële zorgen</p> <p>Eenzaamheid</p> <p>Niet meer (zelfstandig) kunnen deelnemen aan samenleving</p> <p>Overlijden of ernstige ziekte partner/familie, verlies van werk, mini-mum inkomen, armoede</p> <p>Moeite met lezen, schrijven, rekenen, begrip (laaggeletterdheid, verminderde gezondheidsvaardigheden)</p> <p>Culturele gewoonten</p>	<p>Depressie</p> <p>Chronische stress</p> <p>Psychotrauma</p> <p>Kindermishandeling (fysiek of emotioneel) in verleden</p> <p>Seksueel misbruik in verleden</p> <p>Eetbuisstoornis zoals Binge eating disorder en Boulimia Nervosa</p>	<p>Antihypertensiva: β-blockers, α-blockers</p> <p>Pijnmedicatie: pregabaline, amitryptiline</p> <p>Diabetes medicatie: insuline, glibepride</p> <p>Antidepressiva: mirtazapine, citalopram, paroxetine</p> <p>Anti-epileptica: carbamazepine valproïnezuur, gabapentine</p> <p>Corticosteroiden (langdurig gebruik): oraal, injecties en soms lokaal</p>	<p>Hypothyreoïdie</p> <p>Polycysteus ovarium syndroom (PCOS)</p> <p>Mannelijk hypogonadisme</p> <p>Behoud extra gewicht na zwangerschap</p> <p>Menopauze</p>	<p>Hypothalame schade na bestraling, operatie of hoofd-trauma</p> <p>Hypothalame tumor</p> <p>Craniopharyngeoom</p> <p>Malfomatie</p>	<p>Monogenetische obesitas</p> <p>Op jonge leeftijd obesitas</p> <p>Extreme eetlust</p> <p>Opvallend gewichtsverschil met familieleden</p>
					Zeldzaam		
					<p>Hypopituitarisme (Cyclisch) Cushing's syndroom</p> <p>Groeihormoon tekort</p>		<p>Voorbeelden: Mutaties in genen van MC4R, POMC, leptine, leptine-receptor, PCSK1</p>
							<p>Voorbeelden: Prader-Willi, Bardet-Biedl, 16p11.2 deletie, pseudohypoparathyreoïdie type 1 (PHP1a), Alström syndroom</p>

www.behandelovergewicht.nl

Bron: Van Rossum, Freijer, van Kemenade, Huls et al, Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen, 2023 gebaseerd op Van der Valk, van den Akker, van Rossum et al, Obesity Reviews, 2019

Om in de brede screening naar onderliggende oorzaken en in standhoudende factoren tijd te besparen is vanuit het Erasmus MC samen met verscheidene experts (o.a. Trimbos, Voedingscentrum, WUR) en op basis van de richtlijn Overgewicht en Obesitas een diagnostische tool ontwikkeld die patiënten thuis in kunnen vullen:

www.checkoorzakenovergewicht.nl



www.checkoorzakenovergewicht.nl

Nieuwe diagnostische tool voor overgewicht en obesitas

- Gebaseerd op (inter)nationale richtlijnen, wetenschap en klinische expertise in Centrum Gezond Gewicht Erasmus MC, Trimbos, Wageningen Voedingwetenschappen
- Gevalideerd met oa (huis)artsen, specialisten, patienten
- Laagdrempelige vragenlijst. Patient kan het thuis invullen
- Vragen aangepast aan patiënten met lage gezondheidsvaardigheden (B1) en wordt vertaald naar oa Turks, Arabisch, Engels

Screening op

Ongezonde leefstijl en andere oorzaken overgewicht, oa:

- Leefstijlfactoren: oa voeding, beweging, slaap, stress, roken, alcohol (mmv oa Trimbos, Voedingscentrum)
- Sociale factoren: oa geldproblemen, eenzaamheid
- Psychische factoren: oa trauma, binge eating disorder
- Medische aandoeningen die gewicht verhogen: oa hormonale factoren of genetische obesitas
- Medicatie die effecten van leefstijl belemmeren/potentieel gewicht verhogende werking

Uitslag Check Oorzaken Overgewicht tool

Samenvatting

Er is sprake van **obesitas (BMI 37.04 kg/m²)** met de volgende **mogelijke** onderliggende oorzaken:

- Hormonale oorzaken: geen aanwijzingen voor
- Medicamenteuze oorzaken: u gebruikt medicatie met een mogelijk gewicht verhogende bijwerking: metoprolol, citalopram, pregabaline
- Psychische of sociale oorzaken: stress
- Leefstijlfactoren: op het gebied van beweging, voeding
- Hypothalame oorzaken: geen aanwijzingen voor
- Genetische oorzaken: geen aanwijzingen voor

Met de volgende mogelijke gevolgen:

- Artrose

www.behandelovergewicht.nl

Een leefstijlarts is in praktijk is van toegevoegde waarde gebleken om een brugfunctie tussen leefstijl en verschillende medische specialismen te vormen. Medische screening op voortgang leefstijl en ziekte.

Afbakening welke ziekenhuispatiënten naar LZL verwijzen

Iedereen die **langdurig** onder behandeling is voor **medisch specialistische zorg in het ziekenhuis** en gezien zijn zorgvraag/behandeling gebaat is bij een verandering in de leefstijl volgens de geldende richtlijnen,

waarbij de zorgverlener inschat dat er begeleiding bij nodig is die bijdraagt aan het **medisch specialistische behandelgoal**, kan als onderdeel van die behandeling en onder verantwoordelijkheid van de behandelend zorgverlener naar het leefstijlzorgloket doorverwezen worden.

Dit kan op basis van **leefstijl gerelateerde risicofactoren** zijn, die geregistreerd staan in het elektronisch patiëntendossier of die de zorgverlener middels een vragenlijst of tijdens het consult uitvraagt, zoals **overgewicht of obesitas (body mass index van 25kg/m² of hoger)**, **overmatig alcohol gebruik, roken, te weinig bewegen, ongezonde voeding, stress of lage slaapkwaliteit**.

Als een advies door de medisch specialist niet toereikend is, kan de patiënt worden verwezen naar het leefstijlzorgloket.

Een patient kan dus niet van de nulde of 1^e lijn naar het LZL in het ziekenhuis verwezen worden

Patient langdurig in medisch specialistische zorg → leefstijl/sociale hulp in eigen buurt

Het leefstijlzorgloket samengevat

- **Brugfunctie** voor toeleiding vanuit ziekenhuis (3^e en 2^e lijn) naar leefstijlbegeleiding en/of sociale hulp dichtbij huis
- Betreft **chronische ziekenhuispatiënten**, die langdurig in zorg zijn bij medisch specialist en bij wie leefstijlbegeleiding nodig is (en oa specialistische medicatie aanpassingen gedaan worden)
- **Implementatie van zorg**: betreft géén nieuwe vorm van zorg en niet primair onderzoek (leefstijl staat al in zo'n 45% van de medisch specialistische richtlijnen, F.Ham, AN Nguyen et al, ongepubliceerd 2024). Bij nadere analyse van de veelvoorkomende (chronische) ziektebeelden (kanker, obesitas, diabetes mellitus, depressie, hart- en vaatziekten, longziekten, huidziekten, reuma en dementie) betreft het zelfs 65% van de richtlijnen, waarin aanbevelingen over leefstijl wordt gedaan.
- Meeste patiënten toegeleid naar leefstijlbegeleiding/sociale hulp in eigen wijk: gebruik maken van andere **netwerkaanpakken** zoals netwerkaanpak overgewicht (Partnerschap Overgewicht Nederland in opdracht van Min VWS) en andere netwerken die ontwikkeld worden.
- **Alle effectieve zorg/hulp** kan aangehaakt worden aan een LZL

Vragenmoment

- **In hoeverre is de eerstelijns betrokken bij het leefstijlzorgloket?**
 - o Het leefstijlzorgloket zelf is tweede en derde lijn en de eerste lijn kan ook niet verwijzen naar een LZL, maar de eerste lijn wordt aangehaakt (sociaal en paramedisch domein) of op de hoogte gesteld (huisarts, per brief).

- **Zou het niet mooi zijn om de CZC en de LZC te fuseren/combineren? Om de samenwerking op het gebied van leefstijl te optimaliseren?**
 - o Dit werd toegelicht in de presentatie van Judith Jelsma. De profielen van een CZC en LZC zijn echt verschillend, de LZC is hierin hoger gespecialiseerd. Daarnaast bleek bij de landelijke uitvraag dat de EPD's bij alle LZLs (in de ziekenhuizen) een cruciale rol speelt in het afstemmen van de medische zaken die deels door leefstijlhulp vervangen gaan worden. Ook de interne afstemming met specialisten blijkt erg belangrijk.
- **Welke middelen vraag je aan via IZA/Transformatiemiddelen en welke middelen via ZonMW? Bovendien kost aanvragen van al die middelen heel veel tijd. Voorkeur zou zijn om alle middelen via één loket aan te vragen (IZA)?**
 - o ZonMW gaat over onderzoek, ook hier komt Judith straks op terug.
 - o Wat we nu doen is organisatie van zorg en implementatie van richtlijnen. Het leefstijlzorgloket is een nieuwe vorm van organisatie van zorg. Wat we als advies hebben gekregen vanuit de NZa, ZIN en ZN is om het traject van een beleidsinnovatiereguleer in te gaan. Landelijk met elkaar uniformering beter krijgen. Hier komt Florien straks ook op terug. De volgende stap zou een vergoeding uit het basispakket zijn maar hier hebben we wel support van een of meer verzekeraars voor nodig.
- **Hoe communiceert het leefstijlzorgloket met specialisten/netwerk?**
 - o Hier komt Florien zo op terug.
- **Zijn er ook apothekers die deelnemen aan deze loketten? Ik zie nergens de apothekers terug in dit verhaal.**
 - o Ja maar nog wel beperkt, de apothekers zitten ook in de netwerkaanpak. In sommige LZLs kijken apothekers ook adviserend mee of ondersteunen zij in de medicatieafbouw. De implementatie zal hierin belangrijk zijn, ideeën hierover zijn dus welkom!
 - o Apothekers maken wel reeds onderdeel uit van de landelijke netwerkaanpak. Zie hier dit 1 minuut durende uitleg filmpje wie er allemaal een rol spelen in deze netwerkaanpak (met rechtsboven de apotheker) die in opdracht van ministerie van VWS ontwikkeld is en landelijk geïmplementeerd wordt in steeds meer gemeenten:
<https://www.partnerschapovergewicht.nl/>
- **In hoeverre zie je hier een rol voor artsen Maatschappij + Gezondheid (o.a. werkzaam bij GGD)? Zij zijn ook integraal opgeleid.**
 - o Een grote rol! De GGD is hier enorm belangrijk om krachten te bundelen. Welkom om bij te dragen aan de netwerkaanpak waar de LZLs onderdeel van uitmaken.
- **Is het advies om elke patiënt door een leefstijlarts in het leefstijlzorgloket te laten beoordelen, of zijn er manieren om te differentiëren welke patiënten door de leefstijlcoach of de leefstijlarts?**
 - o Nee het is zeker niet de bedoeling dat elke patiënt langs een leefstijlarts gaat, dat gebeurt ook niet in de LZLs die nu een LZL arts hebben. De screening doet de leefstijlzorgcoördinator (medisch, sociaal, leefstijl), die kijkt of er iets moet worden afgestemd met de leefstijlarts (bv. bloedafname volgens de richtlijnen, dit bijvoorbeeld bij obesitas om comorbiditeit in kaart te brengen en richting te geven aan de behandeling). Maar bij iemand die wordt verwezen voor roken kan je gewoon toeleiden naar hulp in stoppen met roken en daar hoef je niet voor langs de leefstijlarts. Daarnaast is de arts voor supervisie op het medische deel, soms is het complex om leefstijl in het medische stuk te passen. Met name is dit het geval bij de vele patiënten die multimorbiditeit hebben en bij meerdere specialisten in het ziekenhuis bekend zijn. Hier helpt de LZL arts om het medische deel te coördineren en zo bijvoorbeeld in samenspraak met de specialisten medicatie af te bouwen en leefstijl in te bouwen in de totale behandelingen van de chronische ziekten. Dit is dan ook het grote verschil met de nulde en eerste lijn.

Terugkoppeling landelijke uitvraag

Florien Ham (promovenda Erasmus MC en adviseur bij kennisinstituut FMS)

Het uitzetten van de vragenlijst is mede mogelijk gemaakt door de Coalitie leefstijl in de zorg, Noaber foundation, het Erasmus MC, Amsterdam UMC, UMCG en het kennisinstituut FMS.

13 gestarte leefstijlorgloketten zijn geïnventariseerd (5 academisch en 8 perifeer). Gezamenlijk hebben zij in totaal 4136 patiënten verwezen. Reacties zijn geografisch vrij representatief vanuit het hele land gekomen.

Naamgeving: verschilt per loket, in officiële documentatie is leefstijlorgloket.

Vorm: in 54% van de gevallen hybride, in 46% fysiek.

Afdelingen: Er is een enorme variabiliteit aan afdelingen die naar het leefstijlorgloket, waarbij de top 4 is: Cardiologie, Interne geneeskunde, Orthopedie, Obstetrie en Gynaecologie.

Verwijscriteria: Gemeenschappelijke criteria die de centra gebruiken om patiënten te verwijzen zijn:

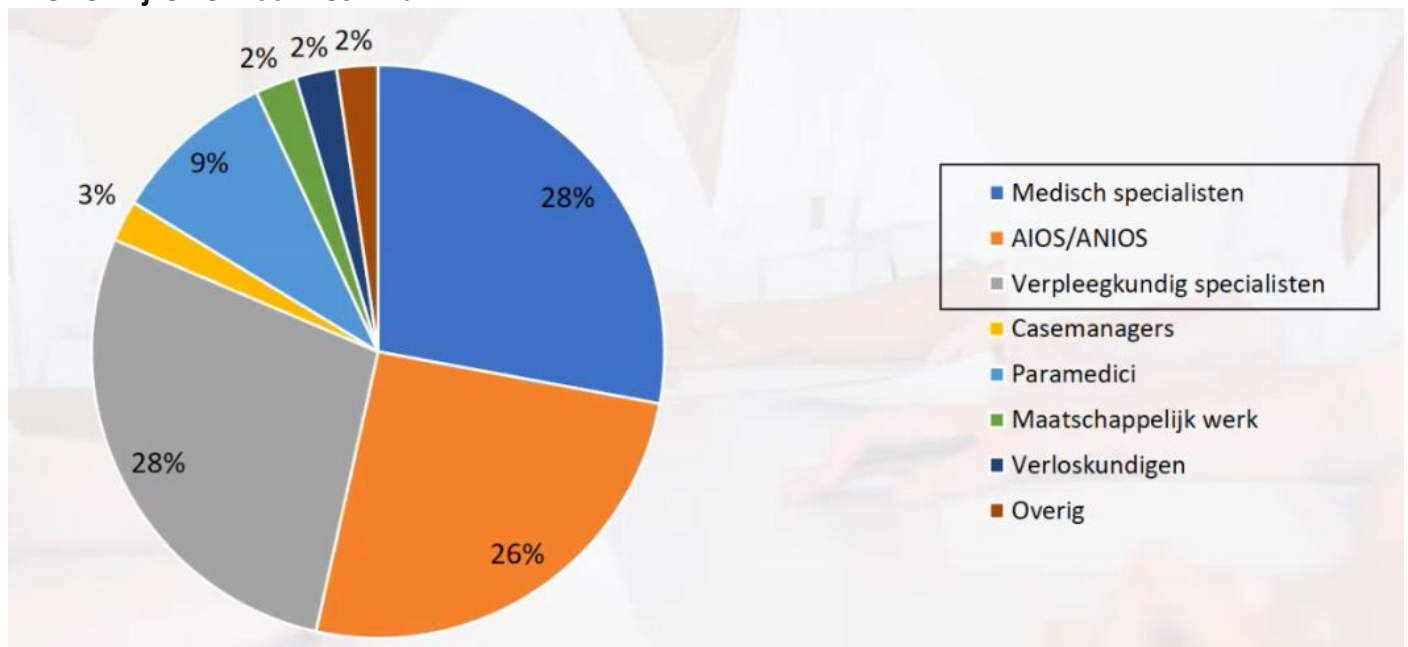
- BMI ≥ 25 kg/m²
- Woonachtig in de regio van het ziekenhuis
- Motivatie patiënt
- Volwassenen
- Leefstijlproblematiek
BMI > 25, actieve roker, overmatig alcoholgebruik, structureel slaapttekort, chronische stress, bewegingsarmoede, sedentair gedrag

Voor uniformering is nog meer afbakening nodig: o.a. chronische patiënten die in het ziekenhuis lopen.

Capaciteit: De centra die hebben gereageerd zien gemiddeld 10.8 patiënten per week per centrum.

Duur werkzaamheden: Gemiddeld duurt een intake consult 53 minuten (45 – 60 min). Voor het vinden van de verwijzing zijn centra gemiddeld 33 minuten kwijt.

Wie verwijzen er naar het LZL?



Financiering: Structurele financiering is momenteel een obstakel voor veel leefstijlzorgloketten.

Korte termijn

- Korte termijn: 10/13 centra (77%)
- Lange termijn 3/13 centra (23%)
- Met name interne gelden (bijv. sectorgelden/innovatiegelden/ tijdelijke borging RvB)
- Ook via gemeenten, lokale zorgverzekeraars, stichtingen

Integraal Zorgakkoord, 2023

“De bijdrage vanuit de Zvw-verzekerde zorg ligt op geïndiceerde preventie (mensen met verhoogd risico op ziekte), zorggerelateerde preventie, het versterken van gezondheidsvaardigheden en zelfzorg, leefstijl als (onderdeel van de) behandeling en de verbinding met de gemeentelijke domeinen. Hierop inzetten draagt bij aan het kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg.”

Opleidingsniveau: De leefstijlzorgcoördinator heeft verschillende achtergronden/vooropleidingen:

- HBO/HBO+
- POH somatiek
- Divers (para)medisch + communicatie/ motivational interviewing
- Leefstijlcoach/BLCN geaccrediteerd/post HBO
- Diëtist/verpleegkundige/fysio maatschappelijk werker (met leefstijlcoach)
- Beweegmakelaar
- Geneeskunde (leefstijlarts)

Belangrijk is de motivatie en communicatieve vaardigheden.

Een leefstijlarts: 40% van de centra hebben nu een leefstijlarts in het centrum: 2 academische centra en 2 perifere centra. Dit zijn centra die al langer een LZL hebben.

Vragenlijsten: De meeste centra maken gebruik van hun eigen vragenlijsten (veelal niet gevalideerde lijsten). Soms ook wel gevalideerde vragenlijsten. Ook checkoorzakenovergewicht.nl en gesprekstools worden ingezet: positieve gezondheid, leefstijlroer, leefstijlcheck Arts & leefstijl).

De meeste centra hebben wel *behoefte* aan de vragenlijsten (77%). Alle centra zijn bekend met de website checkoorzakenovergewicht.nl.

Vragenlijsten worden soms geïntegreerd in het EPD. Ook wordt het EPD gebruik voor het in kaart brengen van de medische voorgeschiedenis en het medicatiegebruik. Het EPD is dus belangrijk voor het LZL.

Verwijzen: De meeste centra maken gebruik van een eigen regionaal netwerk, op zijn eigen manier. Er zijn verwijsplatforms beschikbaar, het is een belangrijk punt van ontwikkeling om hier een uniforme aanpak in te vinden.

Terugkoppeling verwijzer: In 85% van de centra wordt er informatie teruggekoppeld naar de verwijzende specialist. Bv. informatie als uitkomst gesprek, doelen, bijzonderheden, start patiënt (ja/nee), locatie start patiënt (en volhouden), anamnese, plan van aanpak, alles + extra mail bij opvallendheden/afwijkingen.

Terugkoppeling huisarts: Ook wordt er vanuit 69% van de centra informatie teruggekoppeld aan de huisarts. Dit is informatie zoals: algemene informatie leefstijlzorgloket, zelfde als aan verwijzende specialist, start interventie, besproken informatie, relevante (lab)afwijkingen, advies uit gesprek. Belangrijk is deze terugkoppeling omdat de patiënt vanuit het LZL terug gaat naar de huisarts.

De behoefte die de centra hebben voor **doorontwikkeling** zijn:

- Financiering (structureel)
- Opschaling capaciteit
- Verwijsnetwerk opschalen (sociale kaart adherentiegebied, netwerk uitbreiden, grotere regio)
- Uniformiteit in aanpak
- Zelfstandige afdeling (ook in EPD)
- Integratie vragenlijsten in EPD
- Integratie met onderwijs
- Opzet dataverzameling

De belangrijkste conclusies uit de vragenlijst zijn:

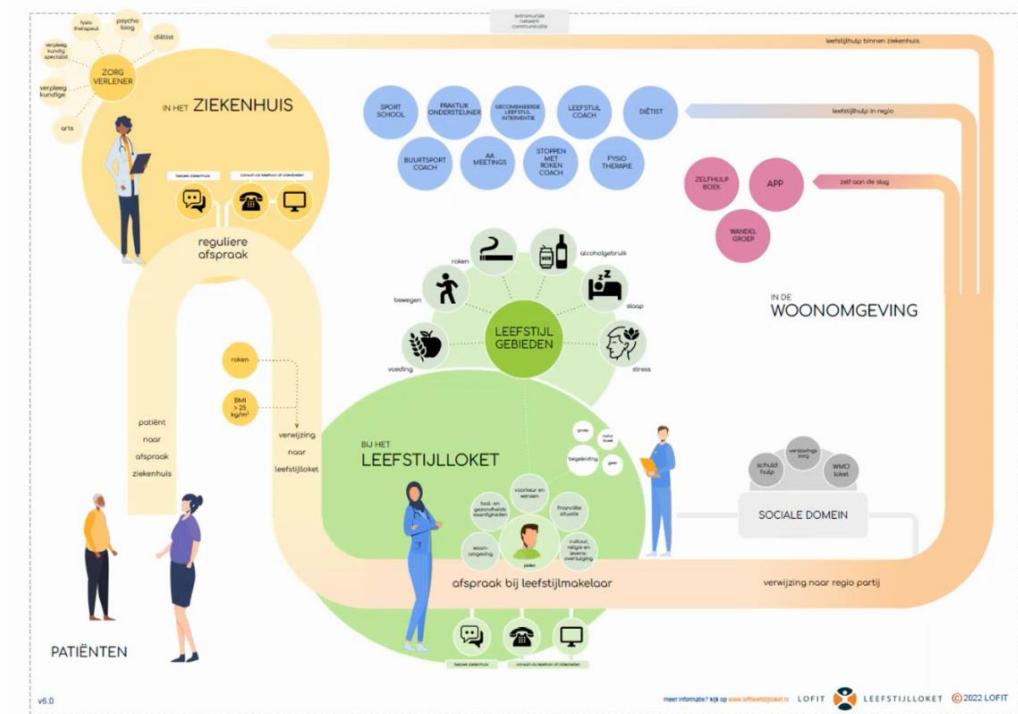
- We zijn goed op weg!
- We zien al best veel uniformiteit in de vorm, betrokken afdelingen, verwijscriteria en het gebruik van het EPD
- Behoefte aan landelijke verwij斯卡art (inclusief sociaal en paramedisch domein)
- Heterogeniteit in gebruik verwijssystemen
- Behoefte aan structurele financiering

Hoe start ik een leefstijlzorgloket?

Judith Jelsma (Onderzoeker in Amsterdam UMC)

Een aantal jaar geleden vanuit ZonMW subsidie ontvangen om onderzoek te doen naar het leefstijlzorgloket.

In het begin veel interviews met zorgverleners gehouden, hier is een patiëntjourney uitgekomen:



Wie moet het LZL bemannen?

- Minimaal een afgeronde HBO opleiding (bijv. op het gebied van verpleegkunde, sport en bewegen, diëtetiek, fysiotherapie, psychologie). Iets van medische kennis is hierin belangrijk.
- Hele goede motiverende vaardigheden moeten beheersen.
- Kennis over leefstijlaanbod in eerste, nulde en sociale domein (incl. vergoedingsstructuren: patiënten willen niet altijd voor leefstijl(interventies) betalen).
- Kennis over factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van overgewicht en ongezonde leefstijlgedragingen.
- Medische basiskennis. Eventueel ook de leefstijlarts hiervoor betrekken.

De leefstijlarts = basisarts en dient voor medische belemmeringen of het beoordelen van bevindingen. Ook kan het bijdragen in medicatieafbouw.

De kwaliteit van de professional

Naast scholing **on the job** en feedback in de praktijk zijn er nuttige **trainingen** die kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de professional. Bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering. Sommige LZL-coördinatoren hebben al een uitgebreide leefstijlopleiding gehad waarin dit vertegenwoordigd is.

Daarnaast is het handig om een **handboek** (met hierin de zorg die we leveren) te hebben voor het leefstijlzorgloket en de doorverwijskaart goed te kennen.

Voor de doorverwijstool: In Amsterdam is er een doorverwijstool waarin alle algemene websites bij elkaar zijn gebracht. Dit zullen we op een gegeven moment ook gaan delen, het zit nu nog in de verdere ontwikkelfase.

Nu er steeds meer leefstijlzorgloketten ontstaan is het natuurlijk ook heel relevant om na te gaan denken over **intervisie** tussen deze LZL-coördinatoren en te leren van elkaars ervaringen. Dat wordt nu al op kleinere schaal met een aantal ziekenhuizen gedaan, maar uitbreiding zou een mooie kans bieden voor verdere optimalisatie en verbetering van de kwaliteit.

Welke patiënten sturen we door naar het LZL?

Dit is ook een belangrijke vraag voor de landelijke betaaltitel. Nu is hiervoor het volgende voor neergezet:



Iedereen die langdurig onder behandeling is voor medisch specialistische zorg in het ziekenhuis en

gezien zijn zorgvraag/behandeling gebaat is bij een verandering in de leefstijl volgens de geldende richtlijnen, en waarbij de zorgverlener inschat dat er begeleiding bij nodig is die bijdraagt aan het medisch specialistische behandeldoel,

kan als onderdeel van die behandeling en onder verantwoordelijkheid van de behandelend zorgverlener naar het leefstijlzorgloket doorverwezen worden.

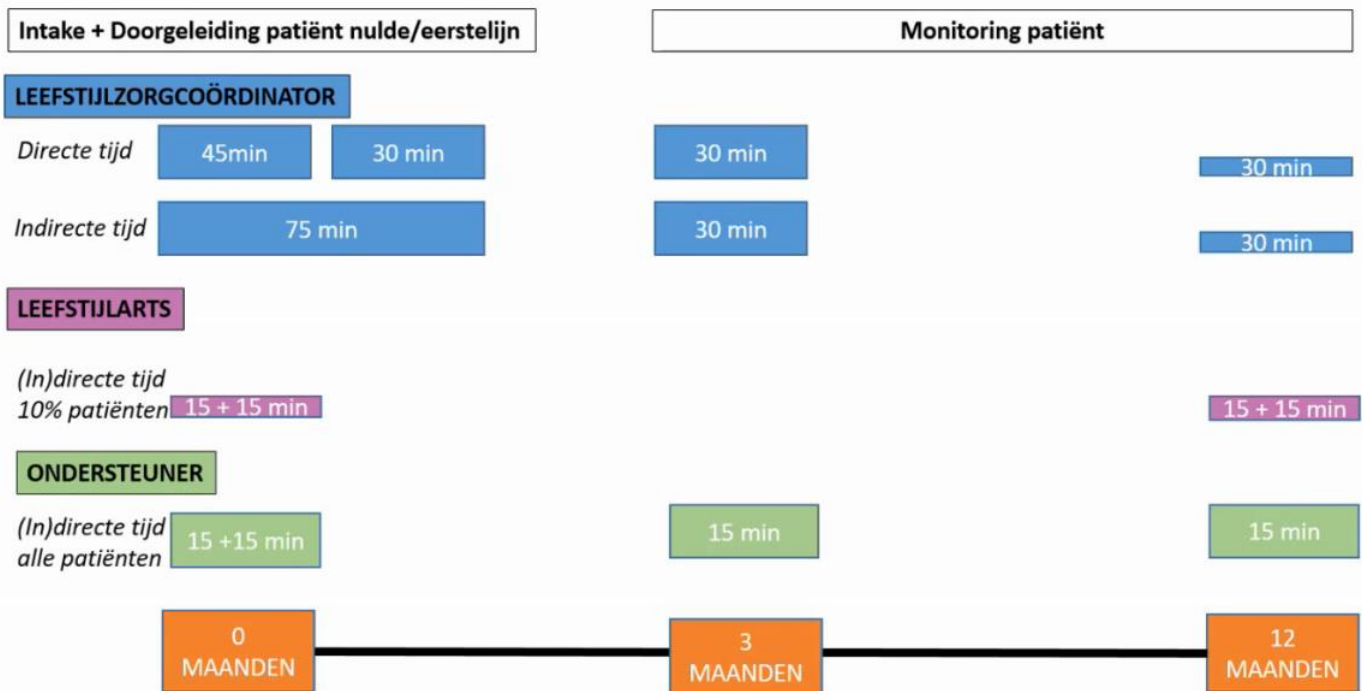
Dit kan op basis van leefstijl gerelateerde risicofactoren zijn, die geregistreerd staan in het elektronisch patiëntendossier of die de zorgverlener middels een vragenlijst of tijdens het consult uitvraagt, zoals overgewicht of obesitas (body mass index van 25kg/m² of hoger), overmatig alcohol gebruik, roken, te weinig bewegen, ongezonde voeding, stress of lage slaapkwaliteit.

Als een advies door de medisch specialist niet toereikend is, kan de patiënt worden verwezen naar het leefstijlzorgloket.

Hoe moet de zorg er nou uit zien en hoe langdurig moet deze zijn?

Hier hebben we onderscheid gemaakt in twee zorgprestaties:

1. **Intake + doorgeleiding.** Vaak zijn er twee gesprekken nodig voordat iemand bij een leefstijlinterventie geland is. Indirecte tijd is o.a. een overdracht schrijven naar het leefstijlinitiatief. de verslaglegging in het EPD van wat er is besproken, de terugkoppeling naar de medisch specialist en de huisarts op de hoogte brengen van de verwijzing. Soms is het nodig een leefstijlarts te betrekken.
2. **Monitoring patiënt:** dit is minder vastgelegd dan het op onderstaande afbeelding lijkt, we zien hier ook meer variabiliteit in. We denken dat het goed is om na 3 maanden te checken of een patiënt goed geland is en of er nog vragen liggen waar het LZL bij kan helpen. Daarnaast na 12 maanden een check om na te gaan of het gelukt is, zijn er nog aanvullende therapieën nodig? + Monitoring en zorgevaluatie van belang. Dit consult op 12 maanden zal niet voor alle patiënten van toepassing zijn. Voor wie wel en voor wie niet daar moet nog meer duidelijkheid over komen.



Aankomst patiënt

Patiënten moeten ook bij een leefstijlinterventie aankomen, dit gaat niet vanzelf. Wat geholpen heeft is het zo makkelijk mogelijk maken voor het LZL. Promotiematerialen zoals een scherm in de wachtkamer met narrowcasting of een champion per afdeling die helpt om als contactpersoon te fungeren dragen hieraan bij.

- **Makkelijk verwijzen (verwijsorder)**
- **Promotiemateriaal**
- **“champion” per afdeling aanwijzen**
- **Als leefstijl zorgcoördinator langs gaan**
- **(meerdere) presentaties geven op de afdelingen**
- **Cadeautjes uitdelen (doorverwijzer van de maand) ☺**



Inzicht in de praktijk van bespreken in Amsterdam

Reden waarom niet besproken:

- Vergeten (42,1%)
- Patiënt andere problemen (23,7%)
- Gebrek aan tijd (13,2%)
- Patiënt ongemotiveerd (7,9%)
- Patiënt kan niet naar de regio (5,3%)
- Moeilijk om te bespreken (2,9%)
- Niet willen kwetsen (2,9%)

Percentages hoe vaak besproken	N (%)	41%
Ik bespreek dit altijd (~100%)	3 (7,9%)	
Ik bespreek dit vaak (~75%)	6 (15,8%)	
Ik bespreek dit soms wel en soms niet (~50%)	10 (26,3%)	
Ik bespreek dit af en toe (~25%)	10 (26,3%)	
Ik heb dit nog nooit besproken (0%)	8 (21,1%)	

Percentage Positieve reactie	N (%)	63%
Iedereen (~100%)	6 (24,0%)	
Meer dan de helft, maar niet iedereen (~75%)	7 (28,0%)	
Ongeveer de helft (~50%)	7 (28,0%)	
Minder dan de helft, maar wel een aantal (~25%)	4 (16,0%)	
Niemand (0%)	1 (4,0%)	

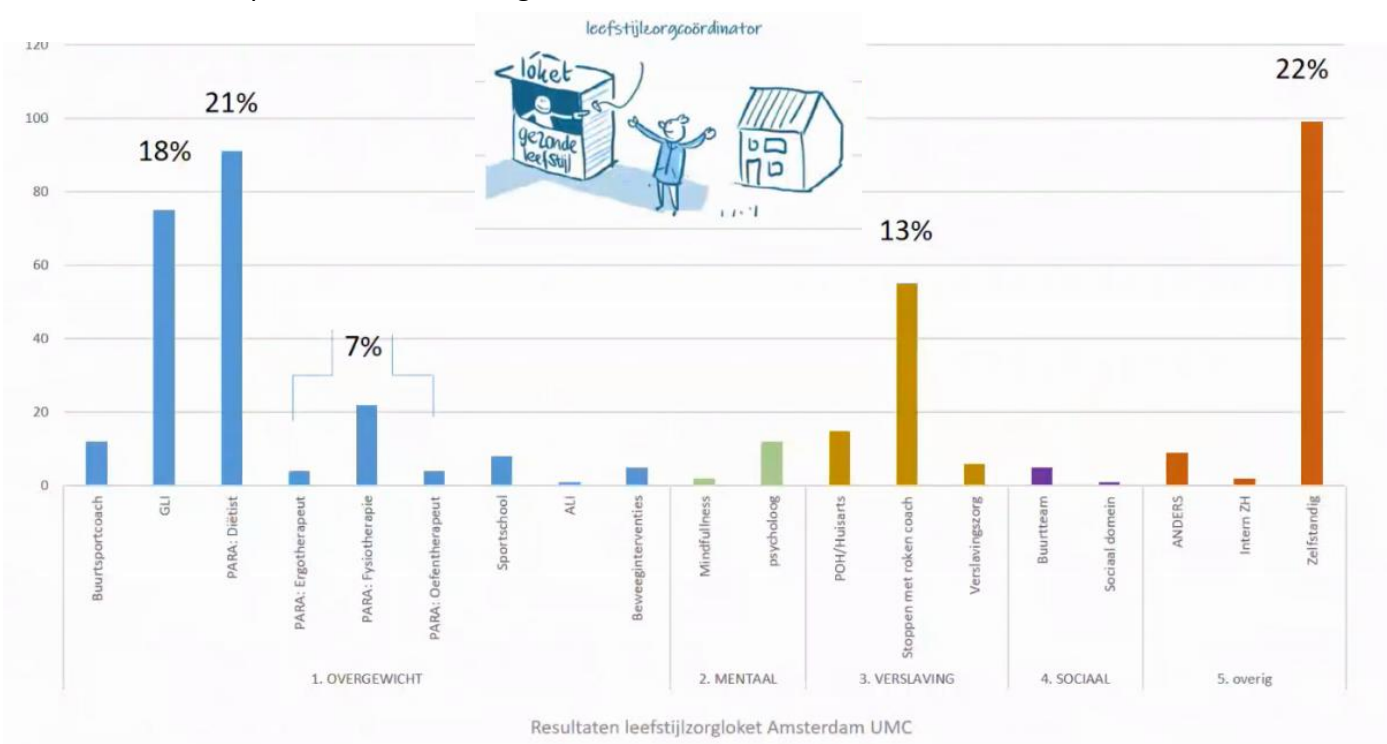
Meer ondersteuning bij veranderen van leefstijl willen is belangrijkste reden voor patiënt om te gaan (42,1%)

Medisch specialisten over het leefstijlorgloket

100% van de bevroegde zorgverleners willen een LZL behouden in het ziekenhuis. Patiënten hebben deze hulp nodig, er zijn zo veel leefstijlproblemen die gerelateerd zijn aan ziekten, het is een fijne interne verwijsmogelijkheid, vaak effectiever dan medicatie maar ik heb zelf niet de tijd, fijn dat ik er gelijk een hulpverlener aan kan koppelen, het is een enorme aanwinst voor de patiënten, het is belangrijk dat een ziekenhuis aan preventie doet.

Verwijzing naar de regio

Patiënten komen op hele verschillende gebieden terecht:



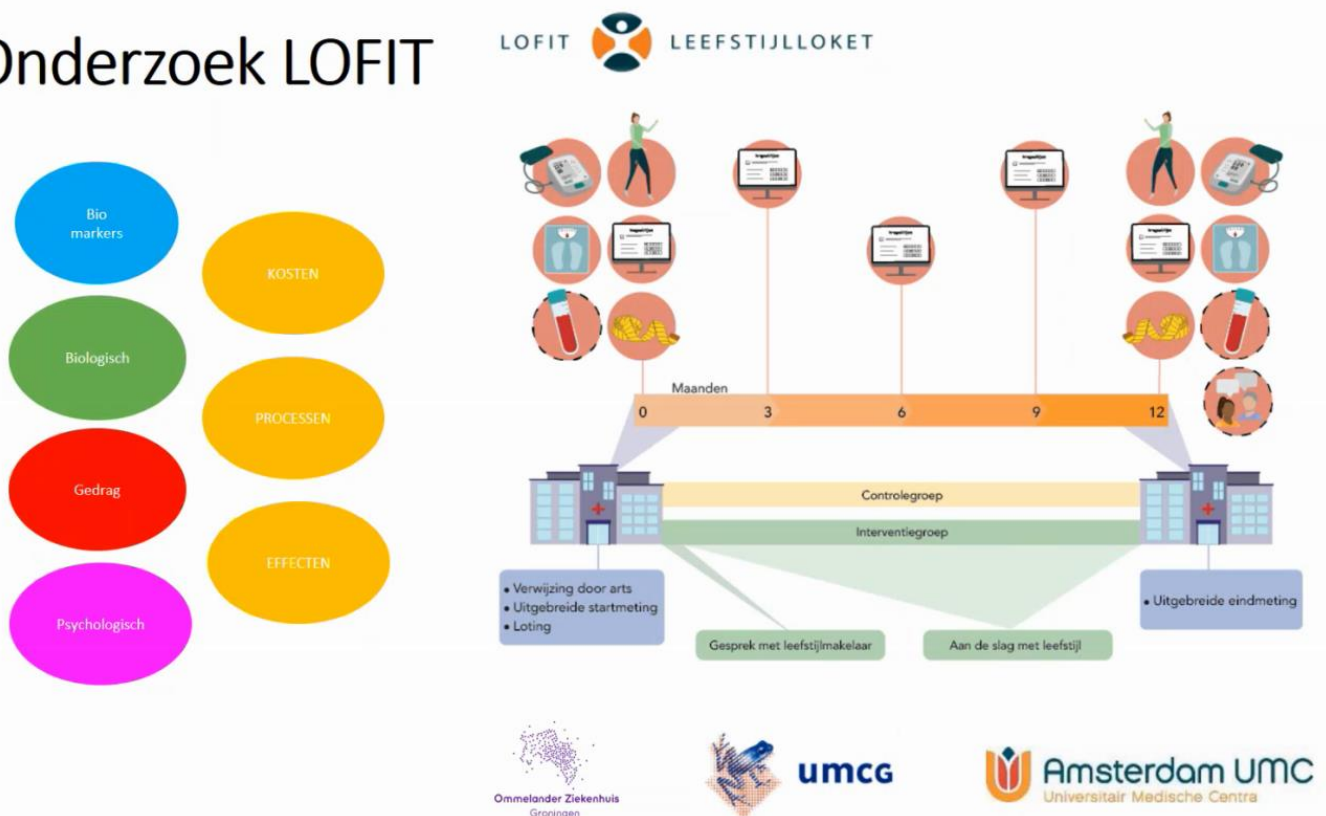
Financiering

Een tip in de financiering is om zorgverkoop (gesprekspartner verzekeraars) te betrekken en de RvB. Landelijk zijn we bezig met het verkrijgen van een betaaltitel. We hebben hiervoor gesprekken gehad met Zorginstituut Nederland (ZIN). ZIN geeft aan dat het LZL een andere organisatie is van zorg, dat het voldoet aan de wetenschappelijke praktijk en dat we dit nu met elkaar moeten gaan financieren. Daar moeten we dus nu met elkaar over na gaan denken en hiervoor zijn we nu in gesprek met de NZa en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hiervoor zullen we gezamenlijk schrijven aan een betaaltitel waarin we de verschillen hopelijk kunnen overbruggen.

Er is onzekerheid over wanneer deze betaaltitel gereed zou zijn. Vanuit het IZA staat 1 januari 2025 genoemd, maar hier is geen zekerheid over.

Onderzoek LOFIT met UMCG (financiering vanuit ZonMW)

Onderzoek LOFIT



Het LOFIT onderzoek kijkt oa ook naar (kosten)effectiviteit van het LZL. Dit gaat via een gerandomiseerde trial en verschillende metingen op verschillende tijden. Dit doen we om aan te tonen dat het LZL ook daadwerkelijk een goede bijdrage is aan de organisatie van zorg is.

Voor meer informatie kan contact opgenomen worden met Judith Jelsma (lofit@amsterdamumc.nl).

Studieprotocol: [LOFIT \(Lifestyle front Office For Integrating lifestyle medicine in the Treatment of patients\): a novel care model towards community-based options for lifestyle change—study protocol | Trials | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

Artikel in NTVL: <https://www.ntvl.nl/journal-article/leefstijl-en-preventie-in-het-ziekenhuis-het-leefstijlloket/?code=zonmw-open-access>

Onderzoek LOFIT



NTU 2
AUGUSTUS-SEPTEMBER
2023

van Dijk et al. *Trials* (2023) 24:112
https://doi.org/10.1186/s13063-023-02554-0

STUDY PROTOCOL Open Access

LOFIT (Lifestyle front Office For Integrating lifestyle medicine in the Treatment of patients): a novel care model towards community-based options for lifestyle change—study protocol

Marilinde L. van Dijk^{1,2,3,4*}, Leonie M. te Loo^{1,3}, Joyce Vijgen¹, Inge van den Akker-Scheek¹, Sanne Westerveld¹, Marjan Anema¹, André van Beek¹, Jip van den Berg¹, Alexander L. Boerboom¹, Adrie Bouma¹, Marlene de Bruijne¹, Jeroen Craiborn¹, Johanna M. van Dongen¹, Anouk Driessen¹, Karin Eijkelenkamp¹, Alex Goemaer¹, Joergo Hobbie^{1,5}, Johan de Jong¹, Anouk de Jonge¹, Arthur Kavel¹, Josine van Klooster¹, Hinkel Kruizinga¹, Marike van der Leeden¹, Lillian Linders¹, Jenny Marko-Veevaer^{1,6,7}, Douwe Johannes Mulder¹, Femmy Muller¹, Femke van Nieuwou¹, Jozke Nauwa¹, Suzanne Oostvogel¹, Jessica Oude Sjoogden¹, Hilde P van der Plas¹, Patrick Rijnsma¹, Linda Schouten¹, Ghada Schulging¹, Erik H. Senne¹, Simone Smulder¹, Maarten R. Soeters¹, Evert A. L. M. Verhagen¹, Johannes Zwiener^{1,8}, Renk Dekker¹, Willem van Mechelen^{1,9} and Judith G. M. Jelsma^{1,9}

Abstract
Background A healthy lifestyle is indispensable for the prevention of noncommunicable diseases. However, lifestyle medicine is hampered by time constraints and competing priorities of treating physicians. A dedicated lifestyle front office (LFO) in secondary/tertiary care may provide an important contribution to optimize patient-centred lifestyle care and connect to lifestyle initiatives from the community. The LOFIT study aims to gain insight into the (cost-) effectiveness of the LFO.
Methods Two parallel pragmatic randomized controlled trials will be conducted for cardiovascular disorders (i.e. at risk of cardiovascular disease, diabetes) and musculoskeletal disorders (i.e. osteoarthritis, hip or knee prosthesis). Patients from three outpatient clinics in the Netherlands will be invited to participate in the study. Inclusion criteria are body mass index (BMI) ≥ 25 (kg/m²) and/or smoking. Participants will be randomly allocated to either the intervention group or a usual care control group. In total, we aim to include 512 patients, 276 in each trial divided over both treatment arms. Patients allocated to the intervention group will participate in a face-to-face motivational interviewing (MI) coaching session with a so-called lifestyle broker. The patient will be supported and guided towards suitable community-based lifestyle initiatives. A network communication platform will be used to communicate between the lifestyle broker, patient, referred community-based lifestyle initiative and/or other relevant stakeholders (e.g. general practitioners). The primary outcome measure is the adapted Fitter-BEWA, a composite health risk and lifestyle score comprising of resting systolic and diastolic blood pressure, objectively measured physical activity and sitting time, BMI, fruit and vegetable consumption and smoking behaviour. Secondary outcomes include cardiometabolic markers, [https://doi.org/10.1186/s13063-023-02554-0](#)
Keywords Lifestyle medicine, Lifestyle front office, Community-based lifestyle initiatives, Pragmatic randomized controlled trial, Effectiveness, Cost-effectiveness

BMC

LEEFSTIJL EN PREVENTIE IN HET ZIEKENHUIS: HET LEEFSTIJLLOKET

LIFESTYLE AND PREVENTION AT THE HOSPITAL: THE LIFESTYLE FRONT OFFICE

Dr. L. van den Akker-Scheek¹, Prof. Dr. R. Dekker¹, M.L. van Dijk¹, Dr. J.G.M. Jansen¹, L.M. te Loo¹, Dr. J. Marko-Veevaer¹, Prof. Dr. W. van Mechelen¹, C.C.A. Schumacher¹, Dr. J. Vijgen, namens het LOFIT-consortium



SAMENVATTING

Een gezonde leefstijl is belangrijk voor patiënten die onder behandeling zijn in het ziekenhuis. Het leefstijlloket kan daarin faciliteren, waarbij een leefstijlbroker patiënten motiveert en helpt om een leefstijlinterventie te vinden in de eigen woonomgeving. In dit artikel worden enkele uitdagingen voor implementatie van het leefstijlloket besproken, zoals de locatie in het ziekenhuis, patiënten met complexe medische aandoeningen, de rol van de zorgverlener bij verwijzing naar het leefstijlloket, passende leefstijldoorverwijzing, samenwerking met de huisarts en structurele financiering. Voor structurele implementatie van het leefstijlloket is het belangrijk oplossingen voor deze uitdagingen te vinden.

(NED TIJDSCHR LEEFSTIJLGENEESK 2023;2:108-113)

*afdeling Orthopedie, LUMC, Rijksuniversiteit Groningen; *afdeling Neurologie, LUMC, Rijksuniversiteit Groningen; *afdeling Volksgezondheid en Arbeidsgezondheid, Amsterdam UMC, locatie VUmc; *afdeling Gezondheidsgeriatrie en Chronische Ziekten, Amsterdam Onderzoeksinstituut Volksgezondheid, *afdeling Kwaliteit van Zorg, Amsterdam Onderzoeksinstituut Volksgezondheid, *Faculteit Gezondheid, Sport en Maatschappelijk Werk, Inhoud University of Applied Sciences, *afdeling Anesthesiologie, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Alle auteurs hebben een gelijke bijdrage geleerd bij de totstandkoming van dit artikel en zijn in afwisselende volgorde vermeld. Correspondentie graag richten aan: Mv. Dr. J. Jelsma, Amsterdam UMC, Vin der Boeschouwerstraat 1, 1061 BT Amsterdam, t: 06 10 14 60 84, e-mailadres: j.jelsma@amsterdamumc.nl.

Beangschikt: geen geld. Financiële ondersteuning voor deze studie is financieringsbesluit gestemd door ZonMW (5360022002). Trefwoorden: implementatie, leefstijl, netwerk, preventie, samenwerking, dienstverlening

Keywords: collaboration, hospital care, implementation, lifestyle, network, prevention
ONTVANGEN 30 JANUARIJ 2023, GEACCEPTEERD 20 JUNI 2023.

Onderzoek: COHoRT project



In de tussentijd ook een aanvullend (vervolg) project gefinancierd: **het COHoRT project**. Hierin wordt gezamenlijk opgetrokken en wordt ook data samengevoegd in een nationaal datacohort. Dit onderzoek zal zich met name op werkingsmechanismen van leefstijlgeneskunde gaan richten, waarbij gebruik gemaakt wordt van data die verzameld wordt voor gebruik in het LZL. Mochten ziekenhuizen nog aan willen sluiten dan kan dat nog, neem dan ook contact op (j.jelsma@amsterdamumc.nl). Momenteel zijn we ook bezig met een aanvullende subsidieaanvraag die focus heeft op implementatie vraagstukken.

Chat

Algemeen gedeelde tips

- In elke vakgroep van medisch specialisten tenminste één collega opleiding leefstijl laten doen om zo dicht mogelijk op het vuur te zitten en van binnenuit ook verandering te kunnen brengen
- Verbinding met sociaal domein is een mooi onderwerp voor Expertisegroep Leefstijl in Context van de KAMG. [KAMG expertisegroep Leefstijl in Context eerste bijeenkomst - KAMG](#)
- Ipv een leefstijlarts denk ik dat een verpleegkundig specialist ook een goede toevoeging kan zijn. Physician assistant ook. PA en VS kunnen ook met de apotheek overleggen over medicatie

Financiering

- IZA regioplan met regiopartners en IZA transformatiegelden lijkt voor nu een van de manieren v.w.b. financiering LZL. Of Innovatiereguleer NZa [Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten - BR/REG-19158 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)
- Iris liet mooi zijn dat ook ZonMW aanvragen beschikbaar zijn maar helaas moet aanvragen academisch zijn terwijl ook veel niet academische ziekenhuizen het nodig hebben om mooie initiatieven verder te onderzoeken en ontplooiën.
 - o De implementatievouchers waar Iris de Vries over sprak, worden niet uitgezet via ZonMw maar via de Coalitie zelf. We hanteren daarbij een ander, pragmatisch proces. Vanaf mei zijn de vouchers aan te vragen, volg daarvoor de website www.leefstijlcoalitie.nl

Opleiding

- **weet eigenlijk niet of er al plannen zijn een blok leefstijl in curriculum geneeskunde te implementeren....**
 - o Hi Esther, ja zeker! Veel opleidingen hebben al mooie voorbeelden en zijn zelf al gestart met curriculumherzieningen waar leefstijl een plek krijgt. Dit gebeurt binnen iedere opleiding op een andere manier, aangepast hoe het curriculum lokaal is opgebouwd. Team Opleiden en Professionaliseren van de Coalitie Leefstijl in de Zorg brengt een overzicht van alle initiatieven en aanbod op het gebied van leefstijl en onderwijs in kaart om dit verder te faciliteren. kennis over leefstijlaanbod is al geborgd bij onze welzijnsorganisaties. zijn er voorbeelden waar de welzijnsorganisaties onderdeel uitmaken van het leefstijlzorgloket? want hoe zonde is het om die kennis weer opnieuw op te bouwen in het ziekenhuis....
Mijn tip zou zijn de leefstijl apothekers of gewoon de apotheker in het ziekenhuis (poliklinisch) te benaderen als partner voor deze loketten en hun expertise te gebruiken i.p.v. een arts hiervoor apart op te leiden. Je hebt de specialist al in huis. Ook apothekers hebben goede communicatieve vaardigheden en hebben trainingen betreffende consultvoering en spreken patiënten dagelijks en hebben al contact. Hoe makkelijk is het dan hier te signaleren dat er iets veranderd moet worden. Wij, als apothekers, willen niet alleen maar meer pillen maar willen het beste voor de patiënten.

Vragen

- **Hoe zien jullie de integratie van Jeugd binnen deze opzet?**
In Haaglanden kijken we naar opzetten van een leefstijlzorgloket vanuit integrale samenwerking met 0e 1e en 2e lijn (en de doorvertaling op wijkniveau) voor volwassenen en jeugd. Daarbij is niet alleen doorverwijzing vanuit 2e lijn, maar ook vanuit 0e en 1e lijn mogelijk.
 - o In het Erasmus MC bekijken we hoe we de afdeling kindergeneeskunde kunnen laten aansluiten bij het LZL. Belangrijk lijkt ons nl om wel dan ook de ouders mee te helpen met leefstijl om effectief te zijn. Daarnaast bestaat de netwerk(keten)aanpak kinderen van C4O en Kind naar gezonder gewicht. En die lijkt op de netwerkaanpak van de volwassenen die ik besprak (alleen nog meer in sociaal domein dan in medisch domein qua focus, met o.a. jeugdverpleegkundigen). En andere screeningstools worden gebruikt.

- **Werken met anders taligen zijn daar al tools voor hoe doet men dit nu.**
 - o Pharos (PON partner) heeft hele mooie documenten en tools in verschillende talen waaronder B1 of nog 'simpeler' etc. zie www.pharos.nl/overgewicht
 - o Checkoorzakenovergewicht.nl (en dus ook checkleefstijl.nl) is in B1 taalniveau en ook vertaald in het Turks, Arabisch en Engels, maar deze andere talen moeten nog gelanceerd worden. Dan zijn in ieder geval de "rode vlaggen" (wat is er volgens de richtlijnen nodig) al bekend voordat het gesprek in de spreekkamer (met tolk bv) plaats vindt om te bekijken waar iemand behoefte aan heeft.
- **Is er ook al data/literatuur beschikbaar die de effectiviteit en mogelijke kostenbesparing van de leefstijl zorgloketten onderbouwt?**
 - o Dit is geen nieuwe zorg maar implementatie van zorg die we al zouden moeten leveren. De interventies staan al in de richtlijn (behalve de sociale hulp) en we haken leefstijl interventies juist aan waarvan al bekend is dat ze effectief zijn. Bijvoorbeeld de RIVM erkende GLI programma's (laatste RIVM rapport 2023 laat zien dat dit bij 83% matig tot zeer effectief is, en bij 17% niet).
- **Zijn er voorbeelden bekend hoe/welke nulmeting en resultaat meting je kunt doen om vast te leggen wat het leefstijl zorgloket voor resultaat heeft?**
 - o Let op: het leefstijl zorgloket levert niet zozeer de zorg, maar verzorgt de coördinatie van betere zorg door eerst in kaart te brengen wat er nodig is op leefstijl, sociaal en medisch gebied om bv tot een gezonde leefstijl te komen en leidt dan toe. Voor de evaluatie van de uitkomsten van die zorg/hulp die buiten het ziekenhuis dan wordt geboden, kunnen de instrumenten gebruikt worden zoals in de richtlijnen aangegeven is, namelijk:
 - Vragenlijsten op het gebied van kwaliteit van leven, zoals EQ5D, ObesiQ
 - Lichaamssamenstelling en buikomvang
 - Verscheidene labwaarden, zoals nuchter glucose, insuline, leverwaarden afhankelijk van de comorbiditeit van de patiënt
 - Afbouw van (dure) medicatie
 - Verbetering van de chronische ziekte waarvoor iemand bij een medisch specialist onder behandeling is

- **Jullie zitten op de lijn met 2 loketten (CZC en LZC) terwijl in de 2e lijn in de praktijk dit vaak gecombineerd en samen met huisartsen en gemeentes gedaan wordt. Daartoe zet het IZA regioplan ook aan: gezamenlijk optrekken voor de transitie naar gezondheid. Misschien toch 1 loket overwegen? Wellicht komt dit verschil ook door 2e lijn en 3e lijn profiel?**
 - o Het onderscheid tussen het leefstijlzorgloket in het ziekenhuis (door de leefstijlzorgcoördinator- LZC- met toeleiding naar hetzelfde leefstijldomein en sociale domein als vanuit de huisarts) en die in de netwerkaanpak waar de triage plaatsvindt in de eerste lijn bv. door de POH (heet dan Centrale zorgcoördinator) is nu zoals het aangegeven staat in het Nationaal Preventie akkoord en IZA.

In de meeste ziekenhuizen zijn veel mensen die bij meerdere specialisten bekend zijn en dan is de coördinatie extra belangrijk van het LZL, o.a. medicatie afbouw . In de enquête geven alle ziekenhuizen ook aan van het EPD gebruik te maken om te communiceren en af te stemmen binnen het ziekenhuis om uiteindelijk voor een deel van de zorg naar de juiste (leefstijl/sociaal) zorg buiten het ziekenhuis te leiden.

Het blijkt in de praktijk ook belangrijk omdat eerste prille evaluaties laten zien dat de meerderheid van de mensen die in een LZL komen in het ziekenhuis medicatie gebruikt met een gewicht verhogende werking , en dat er bij screening in het LZL diagnoses nieuwe diagnoses gesteld werden die richting geven aan welke (leefstijl)behandeling ingezet moet worden buiten het ziekenhuis (zoals diabetes type 2 en OSAS). Er zal wellicht nog bekeken moeten worden of hier een groot verschil tussen 2e en 3e lijns zorg in zit. Belangrijk is dus sowieso dat de verwijslocaties waar mensen heen verwezen worden niet van elkaar verschillen. Onderscheid op dit moment is vooral de mate van pathologie die iemand heeft en de logistiek eromheen die maken dat er in het algemeen meer (laagdrempelige toegang tot) specialistische de triage / kennis nodig is voor de chronische ziekenhuispatiënt vs. de patiënt die vooral door de huisarts behandeld wordt.
- **In hoeverre is digitale zorg al onderdeel van de follow up binnen het IZL?**
 - o Er wordt momenteel gewerkt aan een follow up vragenlijst van checkleefstijl.nl (ofwel ook van checkoorzakenovergewicht.nl) waarbij alle vragen die over de tijd kunnen veranderen op nieuw screenend uitgevraagd worden, zoals eetgedrag, voedingspatroon, beweging, slaap, stress , sociale aspecten, medicatie met een bijwerkingen die de effecten van gezonde leefstijl tegenwerkt etc. Verwacht is dat deze in de loop van 2024 gereed is en beschikbaar gesteld kan worden voor alle leefstijlzorgloketten.

Ook deze vervolg / monitorings vragenlijst zijn weer op de vigerende richtlijnen gebaseerd.
Meer info: leefstijlzorgloket@erasmusmc.nl

Heel hartelijk dank voor jullie deelname, input en enthousiasme!

Contact: leefstijlzorgloket@erasmusmc.nl